



**Согласие донора
на обработку персональных данных, включая специальные категории
персональных данных и биометрические персональные данные**

<p>Я, _____, (фамилия, имя, отчество (при наличии))</p> <p>паспорт серия _____, номер _____, выдан _____</p> <p>_____</p> <p>проживающий (ая) по адресу: _____</p> <p>_____</p> <p>в соответствии с требованиями статьи 9 Федерального закона от 27.07.2006 № 152-ФЗ «О персональных данных», предоставляю</p> <p style="text-align: center;">Государственному бюджетному учреждению здравоохранения города Москвы «Научно-исследовательский институт скорой помощи им. Н.В. Склифосовского Департамента здравоохранения города Москвы»</p> <hr/> <p style="text-align: center;">(полное наименование медицинской организации)</p>
--

(далее – Оператор), расположенному по адресу: г. Москва, Б. Сухаревская пл., д. 3, свое согласие на обработку моих персональных данных, включающих: фамилию, имя, отчество (при наличии); место и дату рождения; регистрацию по месту жительства; адрес проживания (фактический); телефонный номер (домашний, рабочий, мобильный); адрес электронной почты; паспортные данные (серия, номер паспорта, кем и когда выдан); сведения о трудовой деятельности (место работы или учебное заведение, должность).

Предоставляю Оператору право осуществлять все действия (операции) с моими персональными данными, включая сбор, систематизацию, накопление, хранение, обновление, изменение, использование, обезличивание, блокирование, уничтожение. Оператор вправе обрабатывать мои персональные данные посредством внесения их в единую базу данных по осуществлению мероприятий, связанных с обеспечением безопасности донорской крови и ее компонентов, развитием, организацией и пропагандой донорства крови и ее компонентов на основании: Федерального закона от 20.07.2012 № 125-ФЗ «О донорстве крови и ее компонентов».

Подпись субъекта персональных данных _____

Дата составления согласия « _____ » _____ Г.
(число) (месяц) (год)